様式第１号

児童発達支援昼食費給付金申請書

　　年　　月　　日

豊田市長　様

児童発達支援昼食費給付金給付要綱に基づいて、以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（保護者） | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　- | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　― | | | | | | | | | |
| 対象児 | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先口座 | 金融機関名  支店名 | □銀行　　　　　　　　　　　　□本店  □信用金庫　　　　　　　　　　□支店  □農協　　　　　　　　　　　　□出張所  金融機関　　　　　　　　　　　　　　　　　支店コード  コード（4桁）：　　　　　　　　　　　　　（3桁）： | | | | | | | | | |
| 種別・口座番号 | □普通　□当座　　口座番号（7桁）： | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |
| 同意事項 | | （全てに同意していただいた場合のみ、給付対象となります）  □申請内容は実態に基づくものであり、事実に相違ありません。  □市が、給付金の支給の可否を判断するために必要な範囲で、申請者及び対象児の住民基本台帳を閲覧することに同意します。  □市が、申請者及び対象児について、通所日において活動時間内に自費で昼食を食べた状況及びその他給付金の交付に必要な情報を、通所先事業所等に照会・確認することに同意します。  □事実と異なる申請をしたことが判明した場合、速やかに給付金を返還することに同意します。 | | | | | | | | | |

**※添付資料**児童発達支援昼食費給付金給付対象日数証明書

**（裏面へ続く）**

ア　給付対象者　児童発達支援を利用する３～５歳児（4/1時点）の保護者（申請者）

イ　給付対象日数について

　・１カ月間の通所日において活動時間内に自費で対象児が昼食を食べた日数

　　（例：弁当を持参した。事業所から昼食が提供され、その実費を支払った。）

・こども園等と同日利用し、「豊田市幼児給食費給付金」と対象日が重複する場合は、

どちらか一方で申請してください。

ウ　給付額について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（／月）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 給付対象日数 | ０～５日 | ６～１０日 | １１日以上 |
| 給付額 | ０円 | ２，２００円 | ４，４００円 |

エ　対象期間　　　　　　年　　　月分　　～　　　　　年　　　月分

オ　対象日数と給付額

　・「児童発達支援昼食費給付金給付対象日数証明書」を確認し、通所先事業所名、各月対象日数をご記入ください。

　　※対象となる事業所が複数ある場合は、2段目以降もご記入ください。

　・集計欄に各月対象日数の集計をご記入ください。

・各月給付額欄に「ウ　給付額について」を参照し、給付対象日数に応じた給付額の☐に✓をご記入ください。

・各月給付額の合計を「■申請額」にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通所事業所名 | 4月 | 5月 | 6月 | ７月 | ８月 | 9月 |
|  | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|  | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|  | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|  | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|  | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| **集計** | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| **給付額※** | □ ０円  □2,200円  □4,400円 | □ ０円  □2,200円  □4,400円 | □ ０円  □2,200円  □4,400円 | □ ０円  □2,200円  □4,400円 | □ ０円  □2,200円  □4,400円 | □ ０円  □2,200円  □4,400円 |

※ウを参照のうえ、☐に✓をご記入ください。

**■申請額　　　　　　　　　　　円**